

UNIVERSITE DE PARIS VII
FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

Année 1971

T H E S E

N°

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

POC Jean-François

né le 13 Juillet 1946 à Boulogne (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

1971

ACTIVITES TOXICOLOGIQUES

D'UN

DEPARTEMENT D'ANESTHESIE-REANIMATION

JUSTIFICATION DU ROLE DU SAS

Président : Monsieur le Doyen Jean BAUMANN , Professeur

UNIVERSITE DE PARIS VII
FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

Année 1971

T H E S E

N°

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

POC Jean-François

né le 13 Juillet 1946 à Boulogne (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

1971

ACTIVITES TOXICOLOGIQUES

D'UN

DEPARTEMENT D'ANESTHESIE-REANIMATION

JUSTIFICATION DU ROLE DU SAS

Président : Monsieur le Doyen Jean BAUMANN , Professeur



A Monsieur le Professeur Jean BAUMANN

Doyen de la Faculté de Médecine Xavier Bichat
Commandeur de la Légion d'Honneur.

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse

en témoignage de notre
respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé Pierre JOLIS

Chef du Département d'Anesthésie-Réanimation
de l'Hôpital Beaujon.

qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse

son enseignement, ses conseils
et sa bienveillance resteront
dans notre esprit

qu'il reçoive ici le vivant
témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.

A Madame le Docteur A. HAEGEL

Anesthésiologiste des Hopitaux

Responsable du SAS du Département d'Anesthésie-

Réanimation de Bichat-Beaujon.

qui nous a aidé dans la
réalisation de notre travail,
après nous avoir guidé dans nos
activités hospitalières

en hommage respectueusement
reconnaisant.

A Monsieur le Professeur Agrégé Pierre HUGUENARD

Chef du Département d'Anesthésie-Réanimation
du C.H.U. de Créteil.

qui a bien voulu nous confier
le poste d'Externe du SAS de
Réanimation à l'Hopital Beaujon
en très respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur B. GRANDPIERRE

Attaché de Psychiatrie au Département d'Anesthésie-
Réanimation de l'Hopital Beaujon.

qui nous a fait bénéficier de
son expérience et nous a
beaucoup aidé à la rédaction
du chapitre psychiatrique.

en gage de notre sincère
reconnaissance

A Madame Anne BEUZARD

qui nous a fait bénéficier de
son expérience et nous a permis
de rédiger la partie statistique

en hommage respectueusement
reconnaissant.

7

A nos maitres de stage :

Monsieur le Professeur LAMBLING

Monsieur le Professeur DUPUY

Monsieur le Professeur REDON

Monsieur le Professeur TURPIN

Monsieur le Professeur COSTE

Monsieur le Professeur SORS

qui nous ont aidé à découvrir
la médecine

en gage de très respectueuse
reconnaissance.

A nos Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur Pierre SOULIE

in memoriam

Monsieur le Professeur R. FAUVERT

Monsieur le Professeur J. CAUCHOIX

Monsieur le professeur Agrégé P. HUGUENARD

Monsieur le Professeur Agrégé P. JOLIS

Monsieur le Professeur VIC-DUPONT

Monsieur le Docteur M. DEGEORGES
médecin des Hopitaux

Monsieur le Professeur P. MAURICE

dont l'enseignement nous a
permis de progresser dans nos
études

en très respectueuse
reconnaissance

A mes Parents

qui m'ont permis de mener à bien
mes études de médecine

toute ma reconnaissance et mon
affection

A ma Femme

en qui j'ai toujours trouvé l'aide
et le soutien nécessaires

qu'elle reçoive ici le témoignage
de ma plus profonde affection

A mon Fils

en gage d'Espoir

toute mon affection.

A toute ma Famille

A mes Amis.

Le rôle des Anesthésistes-Réanimateurs, dans la toxicologie d'urgence, est important en raison de leur formation d'Anesthésistes et de Réanimateurs; ils sont amenés à s'occuper d'intoxiqués car, médecins de l'urgence, ils sont parfaitement aptes à donner à l'intoxiqué les premiers soins nécessaires, en particulier ceux de la Réanimation, par essence non spécifique.

L'intoxiqué, qui n'est pas toujours un comateux, présentera souvent un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë auquel s'associera de façon diverse une défaillance cardiaque, circulatoire ou rénale.

Ce sera alors le rôle même de l'Anesthésiste-Réanimateur de pratiquer extemporanément les gestes tels que l'intubation trachéale, l'aspiration pharyngo-trachéo-bronchique, la ventilation artificielle... De plus, il lui appartient de savoir utiliser les médications entrant dans le domaine de la Réanimation cardio-respiratoire: cathétérismes, administration de sang, de ses dérivés, de ses substituts, et de drogues diverses, à visée cellulaire, vasculaire ou cardiaque.

Pour l'intoxiqué, de même que pour la plupart des autres malades relevant de la Réanimation, l'essentiel est de bénéficier le plus tôt possible d'une Réanimation polyvalente non spécifique dont la mise en route devra être effectuée sans délai. Ce sera ici qu'interviendra l'Anesthésiste-Réanimateur, et ceci devra être fait au niveau d'un SAS de Réanimation, en attendant la généralisation de la médicalisation de tous les transports, qui verra alors l'Anesthésiste-Réanimateur intervenir enfin dès le ramassage.

Pour mieux voir quel est le rôle exact des Anesthésistes-Réanimateurs dans le traitement des intoxications aiguës, ce travail a été effectué sur l'ensemble des malades de toxicologie pris en charge par le Département d'Anesthésie-Réanimation de l'Hopital BEAUJON à Clichy. Il porte sur une période de un an, de Avril 1969 à Avril 1970.

Notre plan sera le suivant:

- I- Historique du système,
- 2- Partie toxicologique proprement dite,

3- Les malades de toxicologie étant le plus souvent des intoxiqués volontaires, l'aspect psychiatrique de la question.

HISTORIQUE.

Primitivement, les intoxiqués étaient admis, comme tous les malades de médecine entrant à l'hôpital, dans les "lits de Porte-Médecine".

Dans les mois qui ont suivi la création du Département d'Anesthésie-Réanimation de l'Hôpital Beaujon (Octobre 1967 , Chef de service Professeur Agrégé Pierre HUGUENARD), fut d'abord créée, conformément à la circulaire ministérielle du 13 Aout 1965, un SAS de Réanimation.*

Un SAS de Réanimation est, par définition, un lieu où sont traitées des urgences venant:

- ou de l'extérieur de l'hôpital (par transport primaire ou secondaire),

- ou de l'intérieur de l'hôpital.

Il s'agit de malades en détresse, destinés à séjourner quelques dizaines de minutes, quelques heures ou quelques dizaines d'heures, en attendant:

- soit leur amélioration clinique sur place (intoxications volontaires ou non, poussée d'insuffisance respiratoire aigue, par exemple)

* Le Professeur Agrégé Pierre JOLIS a succédé au Professeur Ag. Pierre HUGUENARD, à la direction du Département, en Avril 1969.

- soit des polytraumatisés gravissimes nécessitant un "déchoquage" avant toute tentative d'acte chirurgical,

- soit leur mise en condition en vue de leur transfert dans un service spécialisé de l'hôpital, d'un autre établissement du C.H.U. , ou de tout autre établissement (par exemple traumas crâniens, certaines intoxications attendant leur transfert dans un service de cardiologie,...).

Au début, ce SAS n'a comporté qu'un seul lit, dans une chambre implantée à distance des lits de "Porte".

Il apparut rapidement que l'intervention des Anesthésistes-Réanimateurs auprès des malades intoxiqués admis dans les lits "Porte", et qui eussent dû bénéficier des moyens d'un SAS, rendait souhaitable la contiguïté de ce SAS et des lits de Porte.

Les dispositions architecturales et la compréhension de l'administration de l'Hôpital ont permis le transfert en Mars 1968 de ce SAS vers un emplacement contigu aux lits de Porte:

- dans un premier temps, sous forme de 2 lits situés dans une ancienne chambre du "Porte,

voisine du bureau de la Surveillante(chambre appelée ultérieurement "GRAND SAS"),

- dans un second temps,de l'aménagement (moins complet) d'une seconde chambre à 2 lits, dite "PETIT SAS",située hélas un peu plus loin, entre deux petites salles occupées par les lits de Porte.

Pour des raisons d'économie,le personnel infirmier et général est commun au SAS du Département et aux lits de Porte Médecine,ce qui n'est pas sans présenter quelques inconvénients que nous soulignerons plus loin dans notre travail.

Enfin,la présence quotidienne des médecins du Département d'Anesthésie-Réanimation auprès des malades de SAS,et la saturation fréquente des 4 lits de ce dernier(par des malades intoxiqués ou non) a fait que:

- d'une part,certains intoxiqués,surtout de gravité moyenne,sont laissés dans les lits de Porte contigus au SAS(le même couloir les dessert),où ils sont suivis par les Anesthésistes Réanimateurs;

- d'autre part,la ventilation,faite le matin,des malades entrés depuis la veille à 13 heures,dans les lits de Porte,bénéficie souvent

de l'intervention du médecin Anesthésiste-Réanimateur chargé du SAS.

Enfin il était évident que le traitement des intoxications volontaires ne pouvait pas se terminer à la seule élimination du toxique et à la guérison du malade sur le seul plan somatique.

Aussi, à l'envoi en consultation de psychiatrie des cas apparemment les plus graves, a succédé un meilleur système, qui a consisté à faire bénéficier systématiquement chaque intoxiqué, somatiquement guéri, d'une consultation psychiatrique.

Cet envoi en consultation dans un autre service présentant encore quelques difficultés, il a été mis en place un dispositif mieux adapté, qui a consisté en la création d'un, puis de deux postes d'Attachés vacataires, au Département d'Anesthésie-Réanimation, en accord avec le Professeur CAMBIER, chef du service de neurologie de l'hôpital Beaujon.

Ils consultent dans un local contigu aux SAS et aux "lits de Porte", où sont en attente les malades sortis du SAS.

Bénéficient également de cette consultation de psychiatrie, avant sortie ou transfert, les autres

malades suicidaires (phlébotomie, pendaison, noyade...).

Ainsi sont prises, sans attente exagérée, les dispositions permettant de faire suivre les malades en consultation externe, en dispensaires spécialisés, voire d'en transférer certains en établissements spécialisés.

Installation et fonctionnement.

I-MATERIEL

Matériel lourd ou fixe.

- 2 lits spéciaux, dits "lits tous soins".
- Respiration, ventilation assistée:
 - . I respirateur type G.I, SG.4.
- Monitoring; réanimation cardio-vasculaire:
 - . 2 scope + fréquencemètre
 - . I défibrillateur
- Aspiration:
 - . Prises murales de vide (I par lit)
+ bouches et tuyaux.
- Oxygène:
 - . Prises murales d'oxygène (I par lit)
 - . I tente à oxygène.
- I chariot porteur à plateaux orientables.
- I armoire-chariot avec drogues et divers accessoires (QS matériel léger).

Matériel léger.

- Respiration:
 - . I Celog II sur prises d'oxygène murales.
 - . Laryngoscopes et sondes d'intubation;

sondes de trachéotomie, masques,
canules de Guedel, pulvérisateurs
pour anesthésie locale pharyngée,
Ranima, Ambu.

- Monitoring et Réanimation cardio-vasculaire:

- . I scope portable.
- . I scope + défibrillateur, ensemble portable, pouvant fonctionner sur courant ou sur batteries rechargeables.
- . I scope "de poitrine".
- . Planches pour massage cardiaque externe.
- . Tensiomètres.

- Aspiration:

- . Sondes d'aspiration
 - pharyngo-trachéo-bronchique,
 - gastro-duodénale.

- Oxygénothérapie:

- . Sondes à oxygène.
- . Bombonnes d'oxygène (en cas de panne de l'alimentation générale et pour les transports)

- Sondes urinaires, avec collecteurs d'urine.

- I bain -marie pour tubes à hémocultures.

- I couple thermo-électrique pour prendre la température instantanée des comateux.

- Matériel de petite chirurgie:

- . Boîtes à dénudation;
- . Champs et gants stériles;
- . Fils et catguts divers.

- Matériel pour cathétérisme veineux:

- . Aiguilles;
- . Cathéters de veine;
- . "Brauns";
- . Seringues à usage unique,
- . Trousses à perfusion.

- Accessoires divers dans l'armoire à tiroirs:
 - . Drogues d'urgence.
 - . Sparadraps.
 - . Compresses stériles et non stériles.
 - . Coton, liquides antiseptiques.
 - . Drains pleuraux + trocards de MONOD.
 - . Aiguilles à
 - ponction lombaire
 - ponction pleurale
 - ponction d'ascite.
 - . Tubes à prélèvements.
 - . Attaches pour mains et pieds.
 - . Attelles pour bras et jambes.
 - . Marteau à réflexes.

Il faut signaler que la plupart du matériel léger peut être utilisé comme matériel d'intervention d'urgence dans les étages de l'hôpital par les Anesthésistes-Réanimateurs du Département .

II- PERSONNEL ET FONCTIONNEMENT.

Au point de vue personnel, la surveillance et les soins sont assurés 24 heures sur 24, sous la direction de l'Anesthésiologiste Adjointe au Chef de Service Madame le docteur A. HAEGEL, par des équipes comprenant:

- un anesthésiste-réanimateur
- un Externe des hôpitaux ou un Etudiant Hospitalier

- une auxiliaire-aide-anesthésiste
- des infirmières soignantes et aides soignantes.

Le service est en rapport avec le service d'Hémobioologie de l'Hopital et les laboratoires centraux d'analyse, hématologie, laboratoire de Pharmacie, qui, dans le cadre de la toxicologie, pourront effectuer non seulement les examens "classiques standards" (numération formule sanguine, ionogramme sanguin et urinaire ...) mais aussi, et de façon rapide, les recherches des différents toxiques principaux dans les urines, le sang, le liquide gastrique.

Pour les malades sous respirateur artificiel, il y a également possibilité de faire doser les gaz du sang.

Il est également possible d'effectuer une étude de la coagulation sanguine (Laboratoire d'Hématologie Madame le Professeur Agrégé D. MENACHE¹) ainsi que des radiographies (Pr. Agrégé NAHUM) ou un électro-encéphalogramme (Mme. le docteur CLOCHE) grâce à des appareils mobiles.

Certains intoxiqués nécessiteront, après le traitement d'urgence, des soins plus spécialisés et pourront dans ce cas être transférés dans les services voulus de l'hopital ou d'autres hopitaux.

EXEMPLES :

- Femme enceinte ayant fait une tentative d'autolyse, dirigée ensuite vers la maternité de l'hôpital.
- Intoxication par dérivés caustiques ingérés et nécessitant un traitement spécial sur le plan digestif.
- Malade dont l'état psychiatrique nécessite le transfert, à l'allègement du coma et à l'élimination du ou des toxiques, vers le service d'Observation de l'hôpital ou vers un hôpital psychiatrique (Henri-Roussel, Maison Blanche...).

.....

INFECTIONS ET ANTIBIOTHERAPIE.

A la conception de l'antibiothérapie systématique de couverture a succédé, en accord avec les services de Bactériologie de l'Hopital (Professeur Agrégé DUVAL puis Professeur Agrégé GOULLET), l'attitude suivante, encore plus rigoureuse depuis le 1^o octobre 1969:

- En règle générale, il n'est pas pratiqué d'antibiothérapie systématique de couverture;

- L'antibiothérapie de "couverture" n'est pratiquée que chez le sujet déjà infecté (infection pulmonaire antérieure par exemple) ou chez celui qui a inhalé un vomissement (qu'il s'agisse d'un vomissement alimentaire ou, pire encore, de quelques ml. de suc gastrique hyperacide);

- En cas d'infection se développant pendant le séjour dans le service, pratique de l'hémoculture répétée et mise en culture des sécrétions trachéo-bronchiques, et attente du résultat de l'antibiogramme avant la mise en route d'une antibiothérapie sélective.

Les cathéters veineux, les sondes trachéales et urinaires sont mises en culture à la moindre suspicion d'infection.

Depuis la mise en application de ces règles, nous n'avons observé, parmi les intoxications, qu'une septicémie (dont l'observation est rapportée page 26). Les germes étaient Klebsiella Pneumoniae, Enterobacter Cloacae, Staphylocoque doré pathogène. Elle a été traitée par association de céphalotine, colimycine, gentalline et elle a guéri sans séquelle.

LE MODE D'ADMISSION DES MALADES.

Les malades sont hospitalisés:

-I Soit amenés par Police-Secours ou leur famille, après avoir été reçus

- . dans la matinée par la consultation de médecine de l'hôpital;
- . dans l'après midi et la nuit par l'interne de garde en médecine, en collaboration avec les Anesthésistes-Réanimateurs de garde.

-II Soit directement amenés par l'intermédiaire des Ambulances de Réanimation de la Brigade de Sapeurs Pompiers de Paris (équipes médicales et véhicules spécialement équipés pour la Réanimation) .

A ce propos, il faut signaler, pour les intoxications oxycarbonées essentiellement, l'utilisation thérapeutique du caisson d'Oxygène HyperBare (O.H.B.) de la Brigade des Sapeurs Pompiers.

L'organisation et le matériel utilisés par les médecins Anesthésistes-Réanimateurs du Département de l'Hopital/Beaujon permettent donc de soigner un grand éventail de malades. Mais nos propos ici ont rapport à la toxicologie. C'est pourquoi nous allons aborder maintenant l'étude proprement dite des intoxiqués.

LA TOXICOLOGIE.

L'étude qui a été effectuée porte sur
une période de UN AN :

- du 1^{er} AVRIL 1969
- au 31 MARS 1970.

Elle concerne les malades admis, pris en charge
et traités par les soins du Département d'Anes-
thésie Réanimation, au SAS du Département de
BEAUJON ou suivis dans les lits de Médecine Porte,
à la suite d'intoxications diverses:

- médicamenteuses pour la plupart, mais aussi
- oxycarbonées
- par toxiques divers : eau de Javel
révélateur photo
raticides

.....

Le Département d'Anesthésie Réanimation
de l'Hopital BEAUJON a été amené, pendant la
période considérée, à traiter 656 intoxications
diverses.

Sur ce total, 565 dossiers ont pu être étudiés
en détail.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux selon:

A- L'état à l'arrivée:

Il a été évalué selon la classification en quatre stades; cette classification est, bien entendu, arbitraire; aussi avons nous été amené à remplacer la catégorie IV par "aréactif", sans ventilation spontanée.

.malades conscients.

.stade I ,correspondant au coma vigile, malades obnubilés, répondant aux ordres simples.

.stade II ,coma profond, sans réponse aux ordres; réaction en extension aux stimuli douloureux.

.stade III ,coma profond avec réaction en flexion, mouvements de décérébration.

.coma "aréactif", sans ventilation spontanée.

Dans la classification, on trouverait ensuite le stade ultime de coma dépassé avec E.E.G. plat, dont aucun cas n'a été observé dans notre statistique.

B- L'AGE.

C- Les toxiques, isolés ou associés, avec un tableau à part pour les intoxications oxycarbonées.

D- Les traitements particuliers.

Sur les 565 cas traités, on note I9 DECES (soit 3,4 %) dont:

- a- 2 "coma aréactif" à l'arrivée;
- b- 4 stades III à l'arrivée;
- c- 2 cas d'arret cardiaque avant l'arrivée à l'hôpital:

- . I oxycarboné,
- . I cas d'intoxication massive par l'isoniazide avec E.E.G. réactif à l'arrivée (donc non dépassé).

- d- 2 femmes âgées de plus de 85 ans,
- e- 3 malades entre 70 et 85 ans,
- f- 9 cas d'intoxication oxycarbonée pour lesquelles les facteurs de gravité à retenir sont:

- . 2 intoxications lentes et prolongées seulement obnubilées à l'arrivée et passage au stade "aréactif" en 2-3 jours, précédant de peu le décès.

- . I malade admis en oedème aigu pulmonaire, avec collapsus cardio-vasculaire, dont l'évolution a été marquée par une anurie.
- . I inyoxication de durée, avant l'arrivée, au moins égale à 48 heures.
- . 2 malades de plus de 85 ans, dont un cas: arrivée en coma léger, aggravation progressive, pauses respiratoires nécessitant intubation et ventilation assistée, amélioration et aggravation secondaire avec apparition d'une hémiplegie droite et décès au 5^e jour.
- . I arrêt cardiaque avant l'arrivée à l'hôpital.
- . I malade âgé, alité chez lui, ayant des antécédents d'insuffisance respiratoire.
- . I syndrome de Mendelson.

g- Un jeune homme de 25 ans ayant des antécédents comitiaux, éthyliques et de tuberculose pulmonaire.

h- Une intoxication associant un dérivé

imipraminique (ANAFRANIL^o) à du
sécobarbital (IMMENOCTAL^o);décédé à
la suite de troubles du rythme cardiaque,
et qu'il n'avait pas été possible de
transférer dans un service de cardiologie.

i- Un seul cas inexplicable:

Jeune femme de 29 ans,intoxication
par 15 comprimés d'une association
comprenant du vinbarbital et du
sécobarbital(au total 1,5 g. de
vinbarbital + 0,75 g. de sécobarbital),
obnubilée à l'arrivée;
arret cardiaque brutal,non récupéré
quelques heures apres l'admission.
(On a vu un autre cas identique dans
la période précédant cette étude,
avec la même association).

Au point de vue de la durée de l'hospitalisation
dans les cas de décès:

Malades décédés au bout de

JOURS	I	2	3	4	5	6	9	II	12
Nombre de malades	3	3	6	1	2	1	1	1	1

La période critique semble se situer aux alentours du 3^e jour d'hospitalisation.

Les facteurs de gravité semblent être:

-l'age surtout

-l'état à l'arrivée,

mais également:

- le toxique proprement dit(imipraminiques)
- les antécédents et tares éventuellement associées.

Avant de voir les tableaux présentant les résultats de l'étude, il nous a semblé intéressant de rapporter les résumés d'observation de quelques malades de toxicologie traités par le Département d'Anesthésie-Réanimation.

OBSERVATION N° I.

Monsieur P... agé de 50 ans arrive aux urgences de Beaujon à 10 h 45 après avoir absorbé quatre milligrammes de digitaline 2 heures auparavant.

Il est somnolent et vomit abondamment.

L'électrocardiogramme est d'emblée d'un polymorphisme extrême: bradycardie à 48 puis bigéminisme, extrasystoles, bloc auriculo-ventriculaire.

On décide donc de lui placer immédiatement une sonde d'entraînement endocavitaire.

La mise en place achevée, le malade est transféré à 11 h 30 par une Ambulance de Réanimation de la Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris; le malade parvient à midi dans le service de Réanimation cardiologique de Bichat (Professeur TRICOT) d'où il sortira au 15^e jour.

OBSERVATION N° II

Madame M.... arrive à l'hôpital après avoir absorbé 2 grammes d'ajmaline + 40 centigrammes de butobarbital.

La malade à peine somnolente est mise immédiatement sous perfusion et surveillance cardioscopique après un tracé qui montre en D 2 un QRS à II/100° de seconde.

La pression veineuse centrale se maintient à 8 alors que la pression artérielle est stable à 12.

L'électrocardiogramme normalisé le lendemain, les perfusions peuvent être arrêtées et la malade sort sur sa demande le surlendemain.

OBSERVATION N° III.

Mademoiselle S.... ,originaire de Singapour, est envoyée par l'Ambulance de Réanimation des Sapeurs Pompiers apres avoir absorbé massivement des toxiques inconnus.

Mise sous respirateur ST IV dès son arrivée, son coma à la limite du stade III et du coma "aréactif" restera inchangé pendant 3 jours. La recherche de toxiques révèle l'existence de barbituriques dans les urines et dans le liquide gastrique.

La Réanimation intensive maintient un équilibre cardio-vasculaire et hydro-électrolytique correct grace à la surveillance de la pression veineuse et des examens de laboratoire.

Le réveil s'annonce le 4° jour et sera complet le 5° jour.

OBSERVATION N° IV.

Madame S... 25 ans est hospitalisée le 17 juin pour une intoxication volontaire par 100 milligrammes de diazepam, 1 gramme de secobarbital et 2 grammes de vinbarbital.

Son coma passe rapidement du stade II au stade III profond nécessitant la mise sous respirateur artificiel avec réanimation circulatoire majeure.

Le 18 juin, le coma est toujours en stade III et la tentative de débranchement du respirateur entraîne des extrasystoles en salves et un aplatissement de T. Tout rentre dans l'ordre dès reprise de la ventilation.

Le 19 juin, le coma s'allège, la ventilation spontanée est correcte mais apparaît une température à 41°5 en même temps qu'un collapsus cardio-vasculaire.

Les différentes hémocultures montrent la présence de germes Gram négatif (*Klebsiella pneumoniae*) résistants à tous les antibiotiques sauf à la colimycine et à la céphalotine.

Le 20 juin, la malade est extubée et reprend une alimentation parentérale.

Cependant la culture de la sonde trachéale montre des staphylocoques dorés pathogènes et des Enterobacter Cloacae sensibles uniquement à la gentalline.

C'est donc ces trois antibiotiques qui seront prescrits à fortes doses en association.

Le 21 juin, la conscience est parfaite et la température à 38°.

Le 25 juin, la malade quitte son lit de réanimation.

OBSERVATION N° V.

Mademoiselle H..., âgée de 24 ans, est amenée sous ventilation artificielle par l'Ambulance de Réanimation des Sapeurs Pompiers.

Après une absorption de doses importantes d'imipramine, salicylés, barbituriques et phénothiazines, elle a fait un arrêt cardiaque en cours de transport.

A son arrivée dans le service, elle est en coma "aréactif" et mise sous réanimation intensive avec surveillance électrocardioscopique permanente. Le collapsus périphérique est nettement amélioré par le remplissage vasculaire.

Le lendemain, le coma s'allège, mais apparaît une mydriase bilatérale qui persistera encore trois jours.

Le quatrième jour, alors que jamais l'électrocardiogramme n'a été inquiétant, la malade est parfaitement réveillée et peut quitter le lit de réanimation.

ETAT A L'ARRIVEE.

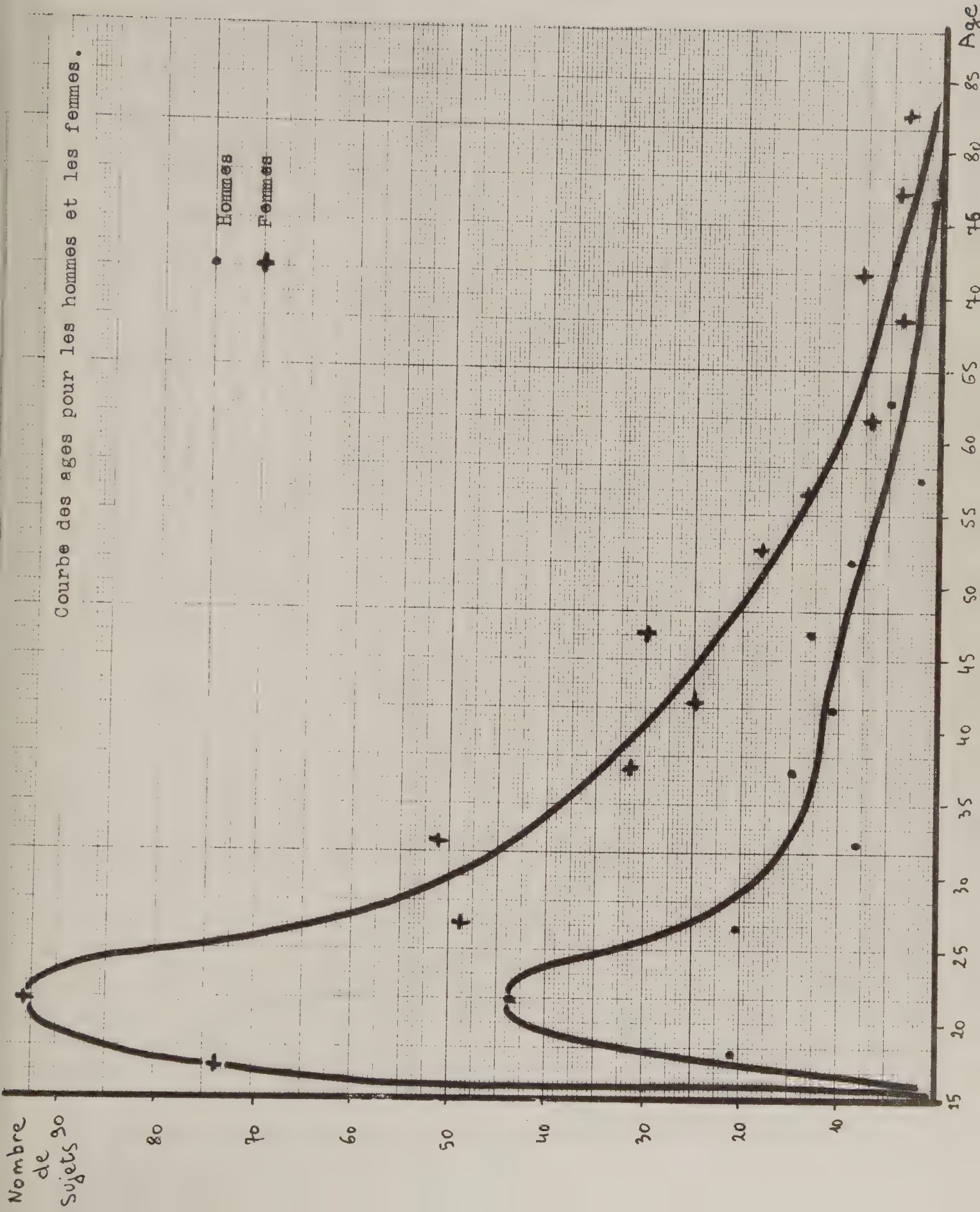
MALADES CONSCIENTS	STADE I	STADE II	STADE III	COMA AREACTIF
285	196	63	17	4
50,5 %	34,7 %	11,1 %	3,0 %	0,7 %

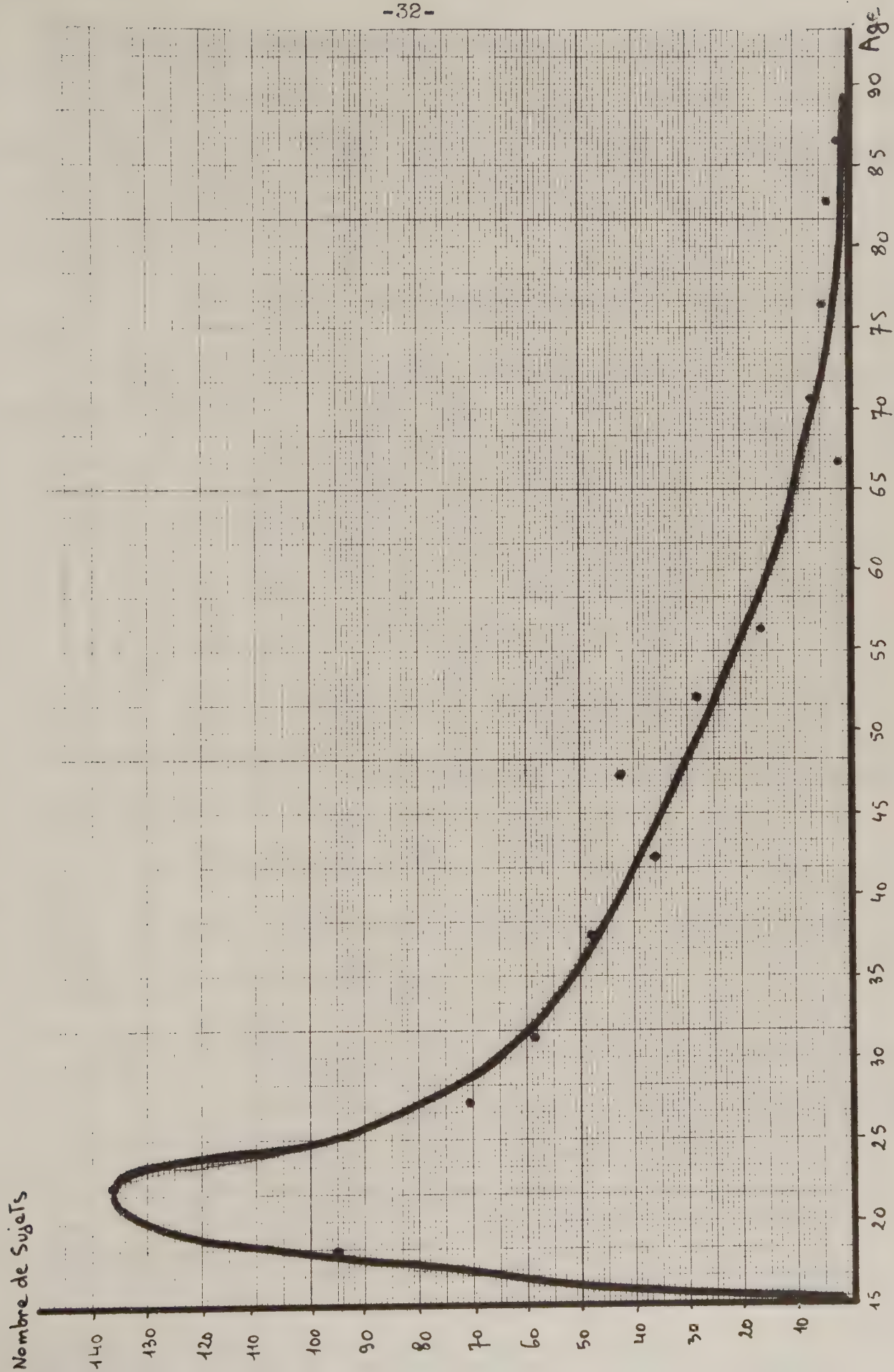
DECES

19 soit 3,4 %

AGE	Nombre total de cas	HOMMES	FEMMES
15-19a	95	22	73
20-24a	137	44	93
25-29a	70	21	49
30-34a	59	8	51
35-39a	47	15	32
40-44a	36	11	25
45-49a	43	13	30
50-54a	28	9	19
55-59a	16	2	14
60-64a	12	5	7
65-69a	2		2
70-74a	8		8
75-79a	5	1	4
80-84a	4		4
85-89a	3		3

Courbe des ages pour les hommes et les femmes.





Courbe des ages pour la population totale.

Toxiques Médicamenteux isolés 208 soit 32,2%

Barbituriques	98	soit	47,1%	des Toxiques isolés
Imipraminiques	7			
Digitaliques	0			
Tranquillisants dont	68 soit 32,7% des Toxiques isolés			
	diazépam *	33		
	chlordiazépoxide *	5		
	méprobamate *	13		
	oxazépam *	9		
	AUTRES	8		
Phenothiazines	7			
Salicylés	5			
Hypnotiques non barbituriques dont	17			
	nitrazépam	9	métaxalone *	6
	Autres	2		
Antihistaminiques	6			

* diazepam (VALIUM*) chlordiazepoxide (LIBRIUM*)
 * méprobamate (EQUANIL*, PROCALMADIOL*) oxazepam (SERESTA*)
 nitrazepam (NOGADON*) métaxalone (MANDRAX*)

Associations de Toxiques 259 soit 40,1%

A base de Barbituriques	98	soit 37,8% des Toxiques associés
Barbituriques + Co	4	
Imipraminiques	17	
Tranquillisants dont	111	soit 42,9% des Toxiques associés
	diazépam.	54
	chlordiazépoxide.	10
	méprobamate.	29
	Autres	18
Phenothiazines	18	> 1/2 des Tranq.
Digitaliques	1	
Salicylés	10	

- o diazepam (VALIUM*)
- chlordiazepoxide (LIBRIUM*)
- méprobamate (EQUANIL*, PROCALMADIOL*)

<u>G A Z</u> 70 soit 10,8%		
CO seul (1)	52	Soit 3/4 des intox au gaz (74,3%)
Butane	1	
Lacq	1	
Divers (2)	3	
CO + barbituriques	4	
CO + divers	9	/

* Sur les 70 malades, on note 9 décès (12,9 %).

(1) Sur les 52 cas d'intoxication au CO seul, il y a 27 intoxications involontaires (51,9 %) et 25 autolyses (48,1 %).

(2) Ces cas sont représentés par des confinements avec participation probable mais non certaine d'intoxication oxycarbonée. (recherche CO (-)).

POMPIERS (1)		99	17,5%
Malades ayant bénéficié du CAISSON O.F.B.		15	2,6%
MALADES INTUBES	avant (2) arrivée	24	Soit au Total 64 malades (11,3%)
	par le D.A.R.	40	
TRACHEOTOMISES		3	0,5%
M.C.E. (3)		5	0,9%

(1) Malades amenés par Ambulance de Réanimation de la brigade des Sapeurs Pompiers et ayant donc eu un début de traitement sur le lieu de la découverte avec continuation pendant le transport.

(2) C'est à dire par les médecins des Ambulances de Réanimation des Pompiers.

(3) Massage Cardiaque Externe.

Causes inconnues	51	7,9%
Divers	55	8,5%
I. Alimentaires	3	0,5%

Suicides	534	94,5%
Intoxications accidentelles	31	5,5%
dont:		
- Co	27	
- alimentaire	3	
- médicamenteux	1	

HOMMES	FEMMES
159	406
28,1%	71,9%

soit 2 hommes

pour 5 femmes

Associat. à base de TRANQUILLISANTS	111	17,3 %
Associat. à base de BARBITURIQUES	98	15,3 %
BARBITURIQUES seuls	98	15,3 %
Tranquillisants seuls	68	10,6 %
Divers	55	8,6 %
Co Seul	52	8,1 %
Toxiques inconnus	51	7,9 %
Associat. à base de PHENOTHIAZINES	18	
Associat. à base d'IMIPRAMINIQUES	17	
HYPNOTIQUES non barbi. Seuls	17	
Associat. à base de SALICYLES	10	
Co + Divers	9	
PHENOTHIAZINES Seuls,	7	
IMIPRAMINIQUES seuls	7	
ANTI HISTAMINIQUES seuls	6	
SALICYLES seuls	5	
Co + BARBITURIQUES	4	
INTOX. ALIMENTAIRES	3	
CONFINEMENT (+? Co)	3	
BUTANE	1	
gcs de LACP	1	
Associat. à base de DIGITALIQUES	1	

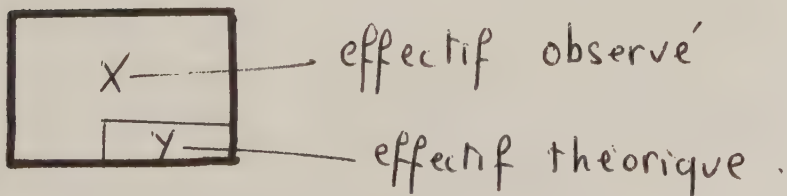
	Par d'association	2	3 et +	Total
Carsson OHB	12	2	1	15
E Par N Pompiers T avant U arrivée	10	7	7	24
B Par E A Revenir S à Beaugon	27	8	5	40
TRACHEO	3	0	0	3
M.C.E.	4	0	1	5
Parage au S.A.S.	41	20	10	71

	CONSCIENTS	STADE I	STADE II	STADE III	COMA S AREACTIF	TOTAL
SUJETS DECEDES	0 9,58	9 6,59	4 2,11	4 0,57	2 0,13	19
SUJETS VIVANTS	285 275,41	187 189,40	59 60,88	13 16,42	2 3,86	546
TOTAL	285	196	63	17	4	565

$$\chi^2 = 61,7243$$

Significatif pour moins de 0,001

Donc, plus le degré de gravité est grand à l'arrivée, à l'hôpital et plus on a de décès.



	Pand association	2 toriques	3 toriques ou +	Total
HOMMES	101 100,18	36 42,49	22 16,32	159
FEMMES	255 255,81	115 108,50	36 41,67	406
Total	356	151	58	565

$$\chi^2 = 4,1381$$

Non significatif pour 2 degrés de liberté à 0,05.

	Pas d'association	2 Toxiques	3 Toxiques ou +	Total
DÉCÉDÉS DCD	17 <u>11,97</u>	2 <u>5,07</u>	0 <u>1,95</u>	19
Vivants	339 <u>344,02</u>	149 <u>145,92</u>	58 <u>56,04</u>	546
Total	356	151	58	565

$$\chi^2 = 6,1292 \text{ Significatif pour}$$

$$< 0,05$$

→ Les causes de décès ne peuvent être attribuées
à la combinaison de plusieurs produits.

	HOMMES	FEMMES	Total
volontaires	146 <u>150,27</u>	388 <u>383,72</u>	534
Involontaires	13 <u>8,72</u>	18 <u>22,27</u>	31
Total.	159	406	565

$$= 3,0884$$

Non significatif.

Dans la population observée, on ne peut pas dire que les femmes s'intoxiquent plus, volontairement (suicide), que les hommes; et vice versa.

Hommes et femmes ont, dans cette population, autant de probabilité de s'intoxiquer volontairement/

	HOMMES	FEMMES	Total
effectif observé	<u>159</u>	<u>406</u>	565
effectif théorique	282,5	282,5	

$$\chi^2 = 107,9804$$

	Consent	Stade I	Stade II	Stade III	COMA ARÉACTIF	T
Volontaires	266 269,36	182 185,24	56 59,54	16 16,06	4 3,78	534
Involontaires	19 15,63	4 10,75	7 3,45	1 0,93	0 0,21	31
Total	285	186	63	17	4	565

$$\chi^2 = 9,3448$$

Significatif pour $< 0,05$

Mode d'Admission	2 sans intoxication	2 Toxiques	3 Toxiques ou +	Total
Sapeurs Pompiers ⁽¹⁾	63 <u>62,37</u>	24 <u>26,45</u>	12 <u>10,16</u>	99
P.S. ⁽²⁾ famille...	293 <u>293,62</u>	127 <u>124,54</u>	46 <u>49,83</u>	466
Total	356	151	58	565

(1) Ambulances de Réanimation de la Brigade des Sapeurs Pompiers.

(2) Police Secours -

$$\chi^2 = 0,6862$$

Non significatif.

On ne peut rien dire en ce qui concerne le type d'intoxication (1 ou plusieurs toxiques) par rapport à l'absence ou non (pompiers) de traitement avant l'arrivée à l'hôpital.

Il existerait très probablement une relation en ce qui concerne les DOSES de toxiques utilisées.

AUTOLYSES.

	HOMMES	FEMMES	TOTAL.
"GAZ"	14 <u>9,29</u>	20 <u>24,7</u>	34
"Médicaments"	132 <u>156,7</u>	368 <u>363,29</u>	500
TOTAL.	146	388	534

$$\chi^2 = 3,5047$$

Non significatif.

	HOMMES	FEMMES	Total
Toxiques médicamenteux isolés	51 57,95	157 150,04	208
"GAZ" seul	22 15,04	32 38,95	54
Total	73	189	262

$\chi^2 = 5,6172$ significatif pour 1 degré de
liberté à moins de 0,050 (0,025)

DONC: Les femmes sont davantage intoxiquées
par des médicaments (suicide) isolés.

Les hommes sont davantage intoxiqués par
le GAZ (accident) seul.

L'étude des tableaux permet de constater que:

- I malade sur deux était conscient à l'arrivée.
- Pour les stades de coma III et "aréactif":
 - . I/4 des malades arrivés en stade III sont décédés (4 cas sur 17);
 - . 2 des 4 malades arrivés en coma "aréactif" sont décédés.

Pour les toxiques proprements dits:

- la plus grande partie des malades présentent une intoxication par association médicamenteuse (40,1 % du total des intoxications) avec au premier plan
 - . les tranquillisants (42,9 % des associations médicamenteuses) et surtout le diazepam(VALIUM°) (1 tranquillisant sur 2) et le méprobamate(EQUANIL°, PROCALMADIOL°) (1/4 des tranquillisants).
 - . ensuite les associations à base de barbituriques (1/3 des associations).
 - . les autres associations sont plus rarement rencontrées, à base de:
 - phénothiazines
 - imipraminiques
 - salicylés.

- . 4 cas d'intoxication barbituriques
+ CO.

- les intoxications par toxiques isolés représentent 32,2 % des malades traités avec cette fois ci:

- . au premier plan les barbituriques, pres de la moitié des toxiques isolés (47,1 %).

- . puis les tranquillisants (32,7 % des toxiques isolés) avec encore le diazepam (un peu moins de la moitié des cas de toxiques isolés) puis le méprobamate.

- . les autres produits sont plus rarement rencontrés (7 à 12 % des cas).

- Les intoxications au "GAZ" ont représenté 10,8 % des malades avec, pour 3/4 de ceux ci, intoxication oxycarbonée seule.
Sur les 70 cas d'intoxication au gaz, on compte 9 décès, ce qui est important (12,9 %).

Les facteurs de gravité étant:

- . l'age
- . et la durée d'exposition en atmosphère toxique.

Pour les intoxications au Gaz, 51,9 % sont accidentelles et 48,1 % sont dans un but d'autolyse, ce qui fait à peu près la moitié de chaque.

EN RESUME :

Sur le plan toxicologique proprement dit:

- Le plus souvent rencontré a été l'association à base de TRANQUILLISANTS, III cas soit 17,3 % et avec 54 cas de diazepam (VALIUM®) soit presque 1 malade sur 10.
- Puis les associations à base de barbituriques et les barbituriques seuls, 98 cas de chaque soit 15,3 %.
- Enfin les tranquillisants seuls, 68 cas soit 10,6 %, avec 33 cas pour le diazepam seul, soit 5,1 % en gros.

1 MALADE SUR 20 A TENTE DE SE SUICIDER AVEC DU DIAZEPAM (VALIUM®) SEUL, ET 1 MALADE SUR 10 AVEC UNE ASSOCIATION A BASE DE DIAZEPAM, ceci entre le 1-4-1969 et le 31-3-1970.

Il restera à comparer avec la tranche suivante de 12 mois.

La mortalité est peu importante :seulement 19 décès pour la période considérée (soit 3,4 %) avec pour 18 de ces cas un facteur de gravité existant dès l'entrée,cas pour lesquels une thérapeutique rapide et précise n'a pu empêcher l'évolution fatale.

Pour les autres tableaux,17,5 % des malades ont été adressés par les soins des Ambulances de Réanimation de la Brigade de Sapeurs Pompiers de Paris (environ 1 malade sur 6) et 15 malades ont bénéficié de leur caisson d'Oxygène Hyperbare (O.H.B.).

Quant au role des SAS proprement dits, 71 malades (soit 12,6 % de la statistique) ont été traités au grand SAS pendant une durée variable mais en moyenne de 2 à 3 jours avec,apres passage de la phase critique au SAS,mise dans un lit de Porte Médecine.

Ce chiffre de malades passés au Grand SAS peut paraître peu important en regard du nombre total des malades traités mais les causes de "non-mise" au SAS sont nombreuses et variées:

- SAS en cours de stérilisation,
- malade infecté à l'entrée,

- proximité des lits de Porte, dans lesquels on a dû déborder quand le SAS était saturé,
- de plus, n'ont pas été classés dans les malades passés au SAS les cas de simple "mise en condition" avant amélioration (donc passage dans les lits de Porte Médecine) ou transfert.

Pour remédier au problème de classification des malades, ont été créés depuis des feuilles spéciales pour les malades de Réanimation, qu'ils soient mis dans les lits de SAS ou dans ceux de Porte Médecine. (Q.S. exemplaire de feuille de Réanimation).

Service du

Hopital

Nom :

Prenom :

Age :

N°

EXT. DE GARDE :

PRODUITS EN CAUSE

DOSE :

Date et Heure de l'intoxication :

Date et Heure du 1^{er} examen :

Date et Heure de l'arrivée :

Symptômes à l'arrivée :

Antécédents

Mode de transport :

Raison du transfert :

Adressé par :

Conclusions :

mois

jours

groupe :

rh :

①

②

③

0	n	TA
40	150	20
39	100	17
38	90	13
37	80	10
36		8
34	60	6
32	40	4

DIURESE	7	0 Z 4 5	pH							7
	6		urée							
	5		glyc.							
	4		Ca							6
	3		Cl							
	2		prot.							5
	1		RA							
TRAITEMENT	7	URINES	Na							4
	6		K							
	5									3
	4									
	3									2
	2		Tox							
	1		Tox.							1
	7		free							
	6									
	5		Antidote							7
	4		Glucose							6
	3		Bicarb.							5
	2		Ne mitol							4
	1		C. K							3
	7									2
	6									
	5		AB							1
	4									
	3									
	2									
	1									

ASPECT PSYCHIATRIQUE DES INTOXICATIONS. *

La période considérée dans cette étude correspond à la création des postes d'Attachés de Psychiatrie au Département d'Anesthésie-Réanimation. Ceci a progressivement permis d'examiner avant sortie tous les suicidaires, admis en urgence, intoxiqués ou non (et aussi certains malades du service Porte présentant des problèmes psychiatriques divers).

En effet, pour la plupart, ces malades une fois traités sur le plan somatique, ne sont plus du ressort de l'Anesthésiste Réanimateur. Il est, par contre, essentiel pour leur avenir de connaître le processus psychologique profond qui a amené le malade à ce geste.

Le but recherché par le psychiatre sera, non seulement de diminuer le risque de récurrence, mais aussi plus généralement de trouver une solution susceptible de résoudre le problème psychologique du malade.

On constate, en effet, que dans la grande majorité des cas le geste suicidaire est lié soit

* Nous remercions le Docteur B. GRANDPIERRE, attaché de Psychiatrie au Département d'Anesthésie-Réanimation de l'Hôpital Beaujon, de nous avoir fait bénéficier de son expérience et de nous avoir beaucoup aidé à la rédaction de ce chapitre.

à un processus psychiatrique au sens strict, soit à un problème d'ordre névrotique.

Ceci est vrai même si une "situation traumatique" fait qualifier l'acte de réactionnel.

(On peut cependant estimer que n'entrent pas dans cette catégorie les "suicides" où le raisonnement logique est à la fois cohérent et relativement indépendant d'une névrose sous-jacente éventuelle. C'est par exemple le cas de certains chantages conscients et soigneusement calculés pour ajuster les risques au but poursuivi. Ces cas sont loins d'être rares, sans cependant représenter un pourcentage très important.

Il n'a, par contre, presque jamais été rencontré, au cours de cette période, de suicide dit "normal" par les Classiques, c'est à dire par obligation sociale ou code de l'honneur.).

Les suicides des psychotiques ou des dépressifs graves représentent un pourcentage important. Ils sont évidemment justifiables d'une hospitalisation en milieu spécialisé. La procédure de la Loi de 1838 est éventuellement utilisée si le malade n'est pas consentant.

Cependant, dans la majorité des cas de cette étude, le suicide est apparu comme le symptôme le plus éclatant d'une décompensation névrotique. Il peut être interprété dans ces cas comme ayant, dans une certaine mesure, la signification d'une fuite hors d'une situation intérieure vécue comme intolérable et d'un appel au Moi inconscient. Bien entendu, ces notions ne résument pas le mécanisme inconscient de ces suicides et il n'entre pas dans le cadre de ce travail de discuter la dynamique profonde de l'acte suicidaire. Cette dynamique est cependant souvent très variable pour le psychanalyste et il peut éventuellement estimer possible et souhaitable de les faire percevoir à chaud au malade.

Quoi qu'il en soit, pour tous ces malades, une décision psychiatrique a été prise (ou du moins proposée):

- Un premier groupe de malades comprend
un certain nombre qui ont été
hospitalisés en Hopital psychia-
trique ou au service "Observation"
de l'Hopital Beaujon.

.d'autres qui, soit par manque de place, soit parce qu'ils le demandaient spontanément, ont été dirigés sur des cliniques psychiatriques privées.

- Un deuxième groupe de malades étaient justifiables de traitements ambulatoires et ont été dirigés:

- .soit sur les dispensaires psychiatriques de Secteur,

- .soit sur le psychiatre de leur choix ou leur médecin traitant.

Un certain nombre d'entre eux d'ailleurs étaient déjà suivis plus ou moins régulièrement.

- Enfin beaucoup de ces malades ne nécessitent pas un traitement régulier après leur sortie de l'hôpital:

- .soit que leur acte soit surtout réactionnel à une situation objective traumatisante qui s'est trouvée modifiée par les événements ou qui n'est plus perçue de la même manière,

- .soit qu'un entretien prolongé ait été suffisant pour régler les

problèmes névrotiques à un niveau superficiel.

Il peut s'agir aussi de malades névrotiques justifiables d'une psychothérapie ou d'une psychanalyse vis-à-vis desquelles la "demande" du patient n'est pas, ou pas encore, définie et qui préfèrent, explicitement ou non, garder leur névrose; bien souvent d'ailleurs, dans ce cas, le seul fait de savoir qu'il existe un autre choix qu'il pourrait faire, permet au malade de "mieux se supporter".

- Enfin, bien entendu, certains suicidaires sont dans des situations sociales tellement intolérables, eu égard à leurs capacités psychologiques, qu'ils sont à confier surtout aux Assistantes Sociales, éventuellement en accord avec les structures psychiatriques de Secteur (problèmes humains certes, mais aussi problèmes familiaux, malades ayant un comportement nettement anormal...).

LA STATISTIQUE SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE.

De l'étude des tableaux on note :

- qu'il y a 94,5 % de suicides (seulement 31 intoxications accidentelles dont 27 par inhalation);
- que 11 % des cas sont une récédive connue unique ou multiple d'autolyse.

Commentaire de la statistique.

De certe étude toxicologique portant sur un an, il ressort que sur 565 malades, il y a seulement 31 cas d'intoxication accidentelle donc 534 tentatives d'autolyse, ce qui représente 94,5 % de suicides et donc entre 1 et 2 tentatives de suicide par jour pour la seule circonscription de Beaujon.

Ces tentatives de suicide sont dans 388 cas des femmes (72,6 %) et dans 146 cas des hommes (27,4 %).

DONC ENVIRON 1 HOMME POUR 3 FEMMES.

Pour les toxiques utilisés :

- le plus souvent ce sont les médicaments (les chiffres globaux sont valables, car

I seule intoxication médicamenteuse
était involontaire).

On les rencontre aux fréquences suivantes:

- . chez les hommes, 90,4 % se sont
suicidés avec des médicaments;
- . chez les femmes, 94,9 % de suicides
médicamenteux.

- Pour le GAZ, seul ou en association, on
note 34 cas de suicides (soit 6,4 % des
suicides).

Plus de femmes que d'hommes, en total
absolu, ont utilisé le gaz seul ou en
association pour tenter de suicider,
pendant cette période de un an.

On note 62 cas (soit 11 %) de récidives, donc
1 tentative de suicide sur 10 avait un passé
suicidaire.

Des chiffres globaux, on pourrait tirer
le tableau de la page suivante, sur le plan
psychiatrique en fonction du toxique et du sexe,
dans le secteur d'activité de l'hôpital:

1 HOMME SUR 10 S'EST SUICIDE AU GAZ

1 FEMME SUR 20 S'EST SUICIDÉE AU GAZ

pendant la période de 1 an considérée.

Donc, bien que en nombre absolu plus de femmes que d'hommes aient utilisé le gaz comme moyen d'autolyse, la proportion relative au nombre des cas traités montre que 2 fois plus d'hommes que de femmes ont utilisé ce moyen d'autolyse.

AU RESUME:

On peut retenir de cette étude que:

- Dans les intoxications il y a beaucoup de suicides : 94,5 %.
- IL y a récidence dans 1 cas sur 10.

Suicides	Femmes	Hommes	Total
gaz seul	13	12	25
gaz + x	7	2	9
Total selon le sexe	20	14	34

	Hommes	Femmes	Total
Total des malades traités	159	406	565
Intoxications volontaires	146	388	534
gaz	14 soit 8,8% des hommes	20 soit 5,1% des femmes	34
médicaments	132 soit 99,4% des hommes	368 soit 96,9% des femmes	500 93,6%

BIBLIOGRAPHIE.

I. GAULTIER(M.),FOURNIER etGERVAIS(P.) :

Equipement d'un centre de réanimation
permettant le traitement des intoxications
aigues.

Synthèses cliniques I963 27 p. 76.

2. LISSAC etPOCIDALO I963

Les bases de la réanimation dans les comas
toxiques.

Coeur et médecine interne II 2 I67.

3. SAFAR (P.) ET coll.

L'unité de soins intensifs et l'Anesthésiste.
II° Congres mondial d'Anesthésie.
TORONTO I960.

4. Annales de l'Anesthésiologie française.

Tome 6 I965 Numéro spécial n° I.

La surveillance électronique en anesthésie
et réanimation.

5. HUGUENARD (P.) et PICARD (J.P.) .

L'organisation et le fonctionnement des
services ~~centraux~~ d'urgence et de soins
intensifs (services centraux de Réanimation
polyvalente).

Rapport au congrès Français d'Anes-
thésie-Réanimation I965 Toulouse
MASSON éditeur.

6. HUGUENARD (P.) .(PARIS)

SAS de Réanimation,section de soins intensifs,
service de réanimation,définitions et
structures.

Acta Chirurgica Belgica n° 6 Juin I968
600-6I5.

7. Ministère de la santé publique et de la population.
Instructions sur l'organisation des services
d'urgence et de la Réanimation dans les
hopitaux.

Circulaire du I3 Aout I965. (DGS IO78)

8. ROUJAS (F.) et ROKACZ (H.).

Traitement d'urgence des intoxications.
Role d'un département d'Anesthésie-Réanimation
(Hopital Beaujon Paris)

Annales de l'Anesthésiologie française
IX 4 Oct.Nov. Dec. I968.

9. GORCEIX (A.) et ZIMBACA.
Etude sur le suicide.

10. EYH ,BERNARD (P.) etBRISSET (Ch.) .
Manuel de psychiatrie
Masson éditeur ; 3° édition Paris 1970

CONCLUSION.

Notre travail a porté sur l'activité toxicologique du SAS de Réanimation du Département d'Anesthésie-Réanimation de l'hôpital Beaujon à Clichy (Professeur Agrégé Pierre JOLIS) pendant une période d'un an, du 1 Avril 1969 au 31 Mars 1970.

Ce SAS comporte 4 lits répartis 2 à 2:
-2 lits pour malades aigus ou suraigus,
-2 lits équipés moins complètement que les précédents.

Ce SAS est situé géographiquement de façon contigue aux lits de "Porte Médecine" ,ce qui permet l'intervention des Anesthésistes-Réanimateurs lorsqu'une détresse hospitalisée dans les lits de Porte nécessite des soins intensifs alors que les 4 lits de SAS ne sont pas disponibles.

Le rôle de ce SAS n'est pas l'hospitalisation prolongée, mais bien au contraire un passage de quelques dizaines de minutes, quelques heures voire quelques dizaines d'heures, en attendant:

- soit leur transfert,
- soit leur amélioration clinique.

La clientèle de ce SAS comporte diverses détresses (insuffisance respiratoire aiguë, détresse cardiovasculaire ou cardio-respiratoire d'origines diverses, traumatismes crâniens, intoxication volontaire ou non);

C'est seulement ce dernier aspect que nous avons étudié.

Le rôle du SAS se justifie dans le domaine toxicologique par le passage de 656 intoxications soit par inhalation soit par ingestion de toxiques, soit par association de ces deux voies.

Le nombre restreint des lits de SAS a fait que seuls 70 malades parmi les plus graves ont été traités dans les 4 lits de SAS proprement dits, les autres ayant été suivis dans les lits de Porte Médecine contigus.

Un certain nombre de cas ont fait l'objet d'une attente brève avec mise en condition avant le transport effectué dans la plupart des cas par les médecins du Département (en général par une ambulance de l'Assistance Publique à Paris que l'on équipait juste avant le transport, le secteur Nord de Paris ne disposant pas encore d'un véhicule aménagé en permanence pour les transports secondaires). Ce malade était dirigé:

- soit vers le service de toxicologie: Service du Professeur Gaultier à l'hôpital Fernand Widal (intoxications par alcaloïdes, intoxications par médicaments cardiotoxiques)

- soit vers les services de cardiologie du professeur Bouvrain de l'hôpital Lariboisière ou du

Professeur Tricot de l'hôpital Bichat(intoxications avec action cardiotoxique)

-soit vers le service du Professeur Goulon à Garches(certaines intoxications par l'oxyde de carbone).

Ont été soignés sur place:

-les intoxications dont on espérait l'amélioration rapide ou assez rapide,

-les malades qu'il n'a pas été possible de transférer, faute de place, dans les services spécialisés,

-les malades gravissimes laissant craindre le décès dans les minutes qui suivent(certains de ces cas ont fait l'objet d'une appréciation trop pessimiste et ont survécu).

Au résumé, la statistique de l'activité pendant un an de ce SAS a montré 19 décès sur 656 intoxications soit 3,4 % :

-10 par intoxication médicamenteuse

-et 9 par oxyde de carbone, associée ou non à un confinement.

Il faut de plus signaler que les intoxiqués volontaires ont été examinés avant sortie par un ou deux attachés de psychiatrie auxquels ont été confiées des vacations du Département, en accord avec le Professeur Cambier.

Enfin, l'aspect du terrain de stage pour les étudiants du Certificat d'études Spéciales d'Anesthésie-Réanimation n'est pas à négliger.

On voit ainsi que l'activité toxicologique du SAS du département d'Anesthésie-Réanimation est importante; les résultats obtenus font envisager:

-non seulement le maintient et si possible l'amélioration du fonctionnement du SAS (locaux, personnel, matériel),

-mais aussi l'augmentation raisonnable du nombre des lits (une huitaine) en se méfiant du gigantisme qui ferait perdre à ce SAS sa véritable vocation de passage, et enfin la dotation en matériel d'ambulance pour les transports primaires et surtout secondaires, liés par essence à l'activité d'un tel SAS.

Vu, le DOYEN

Jean BAUMANN

Vu, le Président de THESE

Jean BAUMANN

VU et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de PARIS

